



50 let
Psihiatrična
bolnišnica
Begunje

MEJE PSIHIATRIJE

MEJE
PSIHIATRIJE

Begunje,
25. in 26. oktober
2002

MEJE MED INSTITUCIONALNO IN SKUPNOSTNO PSIHIATRIJO

Andrej Marušič

UVOD

V pričujočem prispevku, kjer se moj spoznavni interes usmerja v področje skupnostne psihiatrije, njene opredelitve, prikaza kulturno-zgodovinskega konteksta, njenih ključnih elementov in ciljev, želim prikazati, da meje med skupnostno in institucionalno psihiatrijo ni. Nasprotno, obe skupaj sta pomembni za učinkovito in sodobno delo na področju duševnega zdravja. Kako priti na kar se da preudaren način do skupnostne psihiatrije v Sloveniji in na ta način doseči cilje Svetovne zdravstvene organizacije do leta 2010, je temeljno vprašanje, ki si ga ob tem prispevku zastavljam.

OPREDELITEV SKUPNOSTNE PSIHIATRIJE NASPROTI INSTITUCIONALNI

Pojem skupnostne psihiatrije obsega psihiatrično zdravljenje v skupnosti, ki je ponujeno s strani skupnosti. To je psihiatrija, ki raziskuje in sledi potrebam duševnega zdravja v funkcionalno in geografsko opredeljeni populaciji (1). Za njeno uspešno izvajanje je potrebna mreža zdravstvenega varstva, ki ponuja kontinuirano zdravljenje, prebivališče, zaposlitev in socialno podporo, vse to pa osebi z duševno motnjo omogoča povrnitev družbenega položaja (2).

Kakšna bi bila v nasprotju s tem definicija institucionalne psihiatrije? To je psihiatrično zdravljenje v instituciji in je ponujeno s strani institucije. Kot takšno ne more nuditi kontinuiranega zdravljenja, bivališča ali zaposlitve, morda lahko nudi socialno podporo, a zgolj »in vitro«, to je dokler oseba ne zapusti bolnišnice, ko postanejo socialne potrebe šele razvidne. Na takšen

način osebi z duševno motnjo ni omogočeno, da bi si lahko povrnila družbeni položaj, še več, posameznika, ki je bil deležen tovrstne oskrbe, družba stigmatizira in marginalizira ter ga odtuji od družbene skupnosti.

OD STALLARDA DO TIMOV ZDRAVLJENJA NA DOMU

Zamisli o duševnem zdravju v skupnosti so se verjetno pojavljale mnogo prej kot prva dejanja na tem področju. Tako se je Stallard (3) že davno vprašal, ali se ne bi bilo na področju duševnega zdravja bolj smiselno orientirati na sistem domače oskrbe in zdravljenja na domu. Predvideval je, da bi z isto količino oskrbe, pozornosti in denarja, ki so bili na voljo za »umobolnice«, dosegli boljše in dolgotrajnejše rezultate, če bi jih namenili staršem, partnerjem in drugim skrbnikom oseb z duševno motnjo.

Možnosti za dejanski razvoj skupnostne psihiatrije pa so se izoblikovale šele v petdesetih in šestdesetih letih prejšnjega stoletja. Tu so bile ključne naslednje spremembe:

1. Razvoj psihofarmakoterapije, ki je osebam z duševno motnjo omogočila ustrežnejše spoprijemanje z vsakdanjim življenjem in temu primerno tudi zgodnejše odpuste iz psihiatrične bolnišnice.
2. Vzporedno s tem so se vrstila odkritja tudi na drugih področjih raziskovanja v psihiatriji, brez katerih ne bi bilo napredka in razvoja znanosti, ključne za boljše razumevanje problematike duševnih motenj.
3. Pomemben dejavnik, ki je vplival na premik psihiatrije v skupnost, so predstavljala tudi antipsihiatrična gibanja, ki so se zavzemala za humano in deinstitutionalizirano psihiatrijo.
4. Istočasno so se v svetu vrstile tudi spremembe v socialni politiki, ki so težile k blagostanju vseh ljudi in s tem k omogočanju kvalitetnega življenja tudi marginalnim skupinam populacije.
5. Ob tem se je razvijala tudi socialna psihiatrija, ki je slonela na tesnem povezovanju med socialnimi službami in psihiatričnimi timi.
6. Nikakor pa ne smemo pozabiti na ekonomske spremembe, ki so narekovale reorganizacijo skupnostne psihiatrije prek težnje h krčenju števila postelj in krajšanju ležanja v psihiatričnih ustanovah (2).
7. Skupnostna psihiatrija je bila vselej povezana s skupnostjo, v kateri se je razvijala. Tako je v Združenih državah Amerike od 2 milijonov oseb s kronično duševno motnjo do leta 1983 ostalo v bolnišnicah samo še 116 000. Ameriški vpliv na tedanjo Evropo se je kazal v Italiji, kjer so

leta 1982 dobesedno prepovedali ponovne sprejeme v psihiatrične bolnišnice, organizirali oddelke v splošnih bolnišnicah z največ 15 posteljami. Centre skupnostne psihiatrije so ustanovljali za pokrivanje geografskih področij. Omenjeni postopek je bil izpeljan v naglici, tako da se skupnost na spremembe sploh ni utegnila pripraviti. V skandinavskih državah se je decentralizacija začela že leta 1967 z ustanovitvijo sektorjev za psihitarično oskrbo. Sledil je premik v primarno zdravstvo. V Veliki Britaniji so na podoben način organizirali območja (districts) in od leta 1954 načrtno zmanjševali število psihiatričnih postelj ter razvijali koncept urejanja in vodenja oskrbe (care management) (4).

Pojem »case management« ali obravnavanje osebe (dobesedni prevod obravnavanje primera se zdi manj ustrezen) izhaja iz obravnavanja oseb v socialni službi, zajema pa koordiniranje služb in agencij, ki delajo s kroničnimi bolniki (5). »Care management« ali urejanje in vodenje oskrbe dodaja horizontalni koordinaciji še longitudinalnost, oziroma kontinuiranost oskrbe večjega dela kroničnih bolnikov, od katerih ne sme nihče biti odpuščen iz obravnave brez načrtovane skrbi (paketa opravil) in brez dodelitve ključne osebe (6). Za urejanje in vodenje oskrbe je enako pomembno, da v čim večjem obsegu poteka čim bližje domu, od dnevne bolnišnice do vse bolj aktualnih timov zdravljenja na domu. S tem se ne zanemarija in ne podcenjuje potencialna pomoč skrbnikov in neodvisnih nevladnih služb. Obravnava temelji na veljavni in zanesljivi analizi potreb in je s tem prilagojena posamezniku.

KLJUČNI ELEMENTI SKUPNOSTNE PSIHIATRIJE

Sodobni pristop k zdravljenju in rehabilitaciji oseb z duševno motnjo v skupnostni psihiatriji mora nujno vsebovati elemente kontinuiranosti, integracije, lokalnosti, prožnosti, humanosti in element aktivirajočega (2).

Kontinuirano

Tako kot je zdravljenje kontinuirano v okviru institucionalne psihiatrije iz varovanega oddelka na odprti oddelek in iz slednjega v dnevni oddelek, mora ostati kontinuirano tudi po odpustu iz bolnišnice, sprva v stanovanjske skupine z vse manj ur sestrške oskrbe in nadzora psihiatra pa vse do samostojnih stanovanjskih skupin in navsezadnje do življenja v svojem stanovanju s svojci ali brez njih, vendar vselej z obiski ključnega delavca, ki skrbi, da oseba ne bi zašla v recidiv. Istočasno z zviševanjem samostojnosti

osebe z duševno motnjo se intenzivira tudi zaposlenost od občasnih zaposlitev med delovno terapijo do priložnostnih del, posebnih del za osebe s kronično duševno motnjo do polovične in polne zaposlitve.

Zvezni prehodi med posameznimi fazami rehabilitacije so bolj naravni in manj boleči kot nenadni preskoki, saj sovpadajo z biološkim procesom remisije.

Integrirano

Tako kot je zdravljenje integrirano znotraj bolnišnice v institucionalni psihiatriji (psihiater, medicinska sestra, delovni terapevt in socialna delavka), bi moralo biti integrirano tudi v skupnostni psihiatriji, in sicer tako med elementi oskrbe (psihiatrično zdravljenje in nega, delovna terapija, socialno delo) kakor tudi med vozlišči oskrbe (ključni delavec, svojci, sodelavci, psihiatrični tim), vsekakor pa tudi širše (s splošnim zdravnikom, zobozdravnikom, šolo in službo). Multidisciplinarni tim se ne loti le dane medicinske diagnoze, temveč človeka in njegove bližnje okolice koordinirano in v celoti, vključno z njegovim stilom življenja, ki preprečuje ponovitev dane ali nastop novih bolezni. Splošno dobro počutje je več vredno kot odsotnost danega simptoma.

Lokalno

Skupnostna psihiatrija ne bi bila skupnostna, če bi se ne dogajala v skupnosti, torej lokalno. Ključni delavec in drugi iz multidisciplinarnega tima posežejo globlje v prostor, kar pomeni širšo geografsko dostopnost zdravstvenega varstva. Lokalnost je najlažje doseči s cepitvijo bolnišnic na več manjših in lokalno enakomerno porazdeljenih. Lokalnost delovanja je še dodatno olajšana s sektorizacijo znotraj področja dane bolnišnice, saj točno določen tim deluje na točno določenem področju in na tem področju obdela vse primere, ne le tistih, ki že zadovoljijo planirano število točk.

Potrebno je imeti posluš in občutek za potrebe posameznikov ter uvideti, da si človek želi biti v čimbolj domačem okolju, dom pa je vsem bližje kot bolnišnica. Izven doma človek izgubi svojo socialno mrežo (znance, prijatelje, razne mikrousloge, ko prodajalka že sama ve, kakšen kruh oseba kupuje, ko natakarcica ve, katero pijačo navadno pije, ...). Poskrbeti je potrebno, da je ta izguba čim krajša, kar je pogojeno tudi z dostopnostjo psihiatrične pomoči.

Prožno, humano in aktivirajoče

Zdravljenje v skupnostni psihiatriji mora biti tudi prožno – kjerkoli, kadarkoli in kolikor časa je pač potrebno. Tako kot je v institucionalni psihiatriji center dogajanja zdravstveno varstvo, tako je v skupnostni psihiatriji center

dogajanja oseba z duševno motnjo, saj je lokalna.

Skupnostna psihiatrija je predvsem humana, saj upošteva človekovo pravico do svobode in zdravljenja hkrati in se s tem zaveda nemoči zdravnika psihiatra, da bi o tehtanju med eno in drugo pravico odločal sam. Skupnostna psihiatrija tudi normalizira odnos družbe do oseb z duševno motnjo.

Prav tako pa je aktivirajoča, saj se od bolnika pričakuje sodelovanje pri procesu zdravljenja in rehabilitacije. Bolnik je soodgovoren. Poudarjajo se njegove prednosti, ne le pomanjkljivosti.

KAKO DO SKUPNOSTNE PSIHIATRIJE V SLOVENIJI?

Za konstituiranje sodobnega pristopa k skupnostni psihiatriji v Sloveniji je v prvi vrsti potreben konsenz med psihiatri in njihovimi sodelavci o modelu skupnostne psihiatrije, ki bi državi in njenim podenotam najbolj ustrezal, ob tem pa bi morali upoštevati še ostale elemente:

1. Postavitev mej sektorjev: meje sektorja zaokrožijo celoto po težavnosti oskrbe, na kar vpliva število prebivalcev in biopsihosocioekonomske determinante danega področja (v določenem področju gre lahko za višje prevalece težjih duševnih motenj na račun revščine).
2. Ocena potreb prebivalstva: sledi ocena potreb populacije v danem sektorju, ki temelji na epidemiološkem določanju pogostosti posameznih duševnih motenj, prepletanju teh med seboj in njihovi težavnosti.
3. Registar primerov: osebe, ki so že bile zdravljene ali sprejete v bolnišnici, se uvrstijo na listo primerov, ki je lahko osnova takšni sekundarni preventivni dejavnosti, kakršna je lahko načrtovana skrb.
4. Prioritetna lista: register primerov ima lahko različne prioritete, saj določeni bolniki zahtevajo kontinuirano skrb, nekateri le občasne obiske ključnega delavca, tisti najmanj ogroženi pa le občasne obiske pri psihiatru.
5. Standardna in veljavna ocena potreb posameznika: vsak posameznik, ki se nahaja na registru primerov, ima v skladu s svojim položajem na prioritetni listi dovolj pogosto opravljeno oceno potreb. Slednja povratno vpliva na položaj na prioritetni listi.

V tem primeru bi se že zelo približali lastnostim najsodobnejše oblike duševnega zdravja, katerega cilji so:

1. Zdravljenje oseb z duševno motnjo z dostojanstvom in v njim najprimernejšem okolju;

2. zdravljenje v sodelovanju s svojci, ki sodelujejo pri postavljanju ciljev zdravljenja;
3. prilagajanje psihiatrične službe lokalnim potrebam regije, ki jo pokriva;
4. Izbiranje metod zdravljenja, ki so preverjeno učinkovite na dano ceno;
5. skrb za varnost bolnikov samih, njihovih najbližjih, zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter javnosti nasploh;
6. izbor izvajalcev iz vrst izobraženih in izkušenih, predvsem pa motiviranih posameznikov (7).

Pri tem ne smemo pozabiti, da je Regionalni center Svetovne zdravstvene organizacije že pred dvema letoma podal cilje do leta 2010, s katerimi poziva vse evropske države, zlasti pa vzhodnoevropske, da poleg posodobitve svojih psihiatričnih institucij z uvajanjem skupnostne psihiatrije in zniževanja samomorilnosti uvedejo tudi zagovorništvo (8).

ZAKLJUČEK

Med skupnostno in institucionalno psihiatrijo ni ne mej ne pregrad. Institucionalna psihiatrija je le del skupnostne psihiatrije, in to tisti del, ki skrbi za trenutna poslabšanja med psihiatričnimi (tudi kroničnimi) bolniki. Na drugi strani skupnostna psihiatrija brez institucionalne ne zagotavlja varnosti. Institucionalna psihiatrija brez skupnostne je nerazvita ali le deloma razvita psihiatrija (dispanzerska dejavnost, dnevni oddelki, ...) in je kot taka človeku pomanjkljivo prijazna. Sodobna psihiatrija potrebuje oboje, če želi nuditi ustrezno pomoč vsem tistim, ki jo potrebujejo.

LITERATURA

1. Sabshin M. Theoretical models in community and social psychiatry. In: Roberts L, Halbeck S, Loeb M eds. Community Psychiatry. Madison: University of Wisconsin Press, 1966.
2. Strathdee G, Thornicroft G. Community psychiatry and service evaluation. In: Murray R, Hill P, McGuffin P eds. The Essentials of Postgraduate Psychiatry. 3rd ed. Cambridge: University Press, 1997: 513-33.
3. Stallard J. Pauper lunatics and their treatment. Transactions on the National Association for the Promotion of Social Science, 1870: 465.

4. Strathdee G, Thornicroft G. Community sectors for needs-led mental health services. In: Thornicroft G, Brewin C, Wing JK eds. *Measuring Mental Health Needs*. Royal College of Psychiatrists. London: Gaskell Press, 1992.
5. Tessler R, Goldman H. *The Chronic Mentally Ill, Assessing the Community Support Programme*. Cambridge: Ballinger, 1982.
6. Griffiths R. *Community Care: an Agenda for Action*. London: HMSO, 1988.
7. Appleby L. A new mental health service: high quality and user-led. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 290-1.
8. World Health Organization, Regional Office for Europe. Preventing and controlling disease and injury. *Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region*. *European Health for All Series*, 1999, No. 6: 39-43.